

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

101

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Décembre 1909, à 1 h.

PAR

André ROUTIER

Ancien interne des Hôpitaux d'Amiens

Né à Liomer (Somme), le 14 août 1885

TUBERCULOSE

DES

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

D'origine ascendante

Président : M. SEGOND, professeur

Juges : { MM. LEJARS, professeur
GOSSET, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

36820

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements.	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

La vie de chacun de vous, empreinte d'un affectueux dévouement et d'un labeur sans relâche, sera pour nous le meilleur des exemples.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de filiale reconnaissance pour les soucis et les sacrifices que nous vous avons imposés.

A MA SŒUR

Comme marque de la très vive affection du grand frère.

A TOUS MES PARENTS

ET A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN BERNARD

Professeur de clinique médicale
à l'Ecole de Médecine d'Amiens
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
MOULONGUET

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR
LOUIS JULLIEN

Chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Amiens
Chef des Travaux anatomiques et histologiques
à l'Ecole de Médecine

A TOUS NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX D'AMIENS

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MONSIEUR LE CHANOINE GUERLE
Directeur de l'Ecole Saint-Martin d'Amiens

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

TUBERCULOSE
DES
Organes génitaux de la Femme
D'ORIGINE ASCENDANTE

INTRODUCTION

La tuberculose génitale est loin d'être une affection rare chez la femme. Sans doute, si on la met en parallèle avec la tuberculose génitale chez l'homme, elle apparaît comme étant fort peu fréquente. De plus, les lésions tuberculeuses utéro-annexielles sont connues de fraîche date ; c'est BROUARDEL qui a élevé en leur honneur le premier monument d'ensemble.

Malgré tout l'intérêt et tout le mérite du travail de BROUARDEL, la tuberculose génitale était peu étudiée. A cette époque, on n'en connaissait les manifestations anatomiques que par les autopsies : or, les nécropsies ne font voir que l'évolution terminale de la maladie.

Avant l'ère antiseptique, avant ces dernières années, l'appendicite aussi était laissée dans l'ombre. Le protocole de l'autopsie relativement récente de Gambetta (1884) ne parle pas d'appendicite ; le mot péritonite seul est prononcé : c'est prendre l'effet pour la cause. De même, si on laisse évoluer la tuberculose génitale, les lésions utérines, salpingiennes, ovariennes bien entendu existeront encore et avec le maximum d'intensité, mais il y aura le plus souvent généralisation du processus tuberculeux à tout l'abdomen, peut-être à d'autres organes (poumons, plèvres, etc.). Dans un ventre rempli, bourré de follicules, de fongosités et de masses tuberculeuses, il est impossible de déterminer ce qui appartient aux organes génitaux, à l'intestin ; il reste surtout bien difficile de savoir quel est l'organe qui a été le premier touché.

Mais, quand les progrès de la chirurgie moderne ont permis d'ouvrir sans danger le ventre des malades, on a pu rapporter à leur véritable cause des altérations morbides dont la pathogénie nous échappait. De prétendues anciennes péritonites ont été appelées de leur vrai nom appendicites, et pareillement bien des péritonites tuberculeuses ont révélé la réalité de leur origine génitale. La laparotomie, pratiquée d'une façon courante, a permis de voir que la tuberculose pouvait se localiser sur les organes génitaux de la femme.

Et lorsque les chirurgiens ont voulu, pour contrôler leurs diagnostics, réclamer les secours de la bac-

tériologie — science nouvelle qui, s'édifiant à côté de la chirurgie, venait de lui donner, avec les découvertes de PASTEUR et de LISTER un magnifique essor, — ils ont vu que bien des salpingites supposées banales étaient effectivement des salpingites tuberculeuses, des pyosalpinx à bacille de Koch. Et voilà que l'examen histologique d'ulcérations utérines rapportées à de prétendus cancers a démontré la présence de bacilles tuberculeux dans les parois de la matrice. Il existait donc une tuberculose génitale primitive.

*
* *

Par tuberculose génitale primitive, nous voulons entendre que le bacille de Koch vient se localiser directement sur les organes génitaux de la femme.

Il existe une tuberculose rénale primitive, caractérisée par la présence de produits tuberculeux au niveau des reins, à l'exclusion de tout autre organe ; dans ce cas, les germes infectieux ont gagné le parenchyme rénal par l'intermédiaire du sang. Nous connaissons aussi des méningites, des arthrites tuberculeuses résumant chacune tout l'état pathologique du sujet ; mais, dans ces circonstances, l'infection directe (traumatisme ayant fait pénétrer le bacille tuberculeux) est l'exception, et, dans la presque généralité des cas, c'est encore le milieu sanguin qui a charrié le microorganisme caractéristique.

Précisément, par opposition aux tuberculoses génitales d'origine sanguine ou descendante, nous vou-

lons voir une tuberculose d'origine ascendante, produite par l'apport direct du bacille de Koch aux organes génitaux, par leur dépôt même sur la muqueuse génitale. VERNEUIL avait soupçonné (*Lettre au professeur Fournier in « Gazette hebdomadaire », 1883*), sinon prouvé, que l'infection tuberculeuse pouvait être produite par le coït. Cette proposition semble aujourd'hui hors de doute ; cette variété de tuberculose génitale semble donc être une *tuberculose sexuelle*.

Nous essaierons d'en dégager la portée en étudiant la pathogénie de la tuberculose génitale de la femme d'après les documents expérimentaux et cliniques que nous avons parcourus. Une observation remarquable à ce sujet nous a fourni et l'idée et le thème de ce travail. Elle se rapporte à une femme entrée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans le service de M. le Professeur PEUGNIEZ, opérée et suivie par son chef de clinique, M. le Dr JULLIEN.

Les symptômes de la tuberculose génitale sont trop bien décrits dans les ouvrages classiques pour que nous puissions avoir la prétention d'y ajouter quelque chose. Nous ne nous y attarderons pas.

Plus intéressant sera pour nous le chapitre de la thérapeutique. Il n'est en effet de bonne méthode dans l'art de guérir que celle basée sur l'étiologie et la pathogénie. En venant réclamer une large place à l'infection directe dans les causes de la tuberculose génitale de la femme, nous proposerons une méthode opératoire, non point nouvelle, mais plus appropriée

aux lésions constatées ; nous insisterons sur les interventions portant sur l'appareil génital, utérus et annexes. En d'autres termes, nous croyons que la laparotomie simple, qui a donné de si beaux résultats aux chirurgiens dans la tuberculose péritonéale, ne doit pas s'adresser aux tuberculoses génitales ou, du moins, ne peut être mise en œuvre que dans des conditions tout à fait exceptionnelles ; en exagérant notre pensée, nous voulons proposer comme traitement l'ablation du foyer tuberculeux, utérus et annexes. Il ne vient à l'idée d'aucun chirurgien de respecter un utérus cancéreux opérable, même ayant déterminé une ascite légère. Eh bien ! puisque nous sommes mieux armés contre la tuberculose que contre le cancer, l'intervention chirurgicale semble devoir nous donner de remarquables résultats.

*
* *

Mais, avant de développer ces idées, une obligation pressante s'impose à nous.

Au terme de nos études médicales, nous avons à remplir un devoir de reconnaissance envers les maîtres si dévoués qui nous ont initié à l'art difficile de la médecine. Nous n'oublierons jamais l'école d'Amiens, ni le vieil Hôtel-Dieu, où, dans l'intimité familiale de la province, nos professeurs nous prodiguaient avec un grand sens clinique un enseignement fait de savoir et d'expérience. Nous avons toujours eu le grand encouragement de rencontrer

auprès de chacun d'eux, à côté d'une science certaine, les meilleures marques de sympathie et de désintéressement ; nous apprécions chaque jour davantage et les leçons éminemment pratiques qu'ils nous ont inculquées et les exemples de haute probité professionnelle qu'ils ont été pour nous.

Jetant un regard vers le début de nos études, nous évoquons avec émotion la mémoire de M. le Professeur BAX qui voulut bien guider nos premiers pas dans la carrière médicale.

Nous conserverons le souvenir le plus agréable de notre année d'externat à l'hospice Saint-Céran, dans le service de chirurgie des enfants ; M. le Professeur BOUSSAVIT y facilita nos travaux et nos études avec une inlassable bienveillance. C'est toujours avec un sentiment de profonde reconnaissance et de respectueux attachement que nous nous souviendrons de ce maître si loyal et si bon.

Au cours de nos années d'internat, nous savons combien notre éducation chirurgicale doit aux cliniques magistrales de M. le Professeur PEUGNIEZ. Dans son service, si intéressant et si vivant, nous avons trouvé les éléments du travail le plus fructueux.

M. le Professeur JEAN BERNARD nous a témoigné une marque d'estime, à laquelle nous avons été bien sensible, en nous permettant de rester attaché pendant deux années comme interne au service de clinique médicale. Nous le remercions de ses conseils éclairés qui furent souvent plutôt ceux d'un ami que ceux d'un maître ; nous

sommes heureux de reconnaître que nous lui devons le meilleur de notre instruction médicale. Très probablement l'un de ses derniers élèves, nous regrettons bien vivement qu'une retraite prématurée menace de priver nos camarades d'un enseignement clair et solide, bienveillant et désintéressé.

Nous savons apprécier tout l'intérêt que M. le Professeur MOULONGUET, Directeur de l'Ecole d'Amiens, nous a manifesté au cours de nos études et nous l'en remercions bien vivement.

M. le Dr JULLIEN, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, a mis à notre disposition pour ce travail, en plus des meilleurs matériaux, sa haute compétence et ses connaissances si étendues. Nous ne saurions oublier qu'il fut pour nous à la fois un professeur et un camarade. Nous lui exprimons tous nos remerciements.

Nous associons enfin dans un même sentiment de gratitude MM. les Professeurs PANCIER, LABARRIÈRE, FOURNIER, PAUCHET, BRAILLON, COURTELLEMONT, et M. le Dr JEUNET, chef de clinique médicale, et toute cette pléiade des Professeurs de l'Ecole d'Amiens et de la Faculté de Paris dont notre formation scientifique a conservé l'empreinte.

M. le professeur PAUL SEGOND nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de recevoir l'expression de notre très vive reconnaissance.

Nous n'oublions pas non plus nos camarades de travail. Une solidarité étroite unit tous les membres

de la grande famille médicale, aussi bien dans les années d'études que, plus tard, dans l'exercice de leur redoutable responsabilité. Aussi nous reste-t-il l'espoir que toutes ces amitiés, nées d'un travail commun et d'une émulation réciproque, ne s'éparpilleront pas avec chacun de nous ; nous aimons à croire que, malgré les dures réalités de la vie, la solidarité et la fraternité professionnelles sauront continuer et perpétuer la bonne camaraderie de la vie d'étudiant.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE

La théorie de la voie ascendante dans la tuberculose génitale de la femme est loin d'être admise par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question pathogénique. En particulier, l'infection par le sperme est formellement niée par les gynécologues les plus éminents. Pozzi écrivait dans son *Traité de Gynécologie* : « Il est un certain nombre de tubercules des annexes chez les vierges qui échappent à cette explication. Dans ces cas, il est probable qu'une auto-infection ordinaire septique a d'abord été provoquée par une sténose du col et que le bacille, introduit dans la circulation par la voie pulmonaire ou digestive, s'est fixé sur les trompes enflammées comme sur un lieu de moindre résistance. Cette hypothèse concorde avec les notions qui tendent à prévaloir en pathologie générale sur ce qu'on l'on a appelé l'inflammation prétuberculeuse. » Au Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie tenu à Rome en septembre 1902, VEIT (de Leyde) considère la tuberculose génitale primitive et acquise comme fort rare, AMANN (de Munich) doute qu'elle

puisse exister et nie presque la contamination par les rapports sexuels.

Il est certain que la tuberculose descendante au niveau des organes génitaux de la femme est une affection des plus communes et d'observation courante. Le contraire devrait d'ailleurs nous étonner. Nous savons avec quelle fréquence le bacille de Koch passe dans la circulation générale après avoir trouvé sa porte d'entrée au niveau des voies respiratoires, des voies digestives ou même tout simplement du revêtement cutané. Bien des formes de tuberculoses ne reconnaissent dans leur pathogénie que ce mode d'infection ; ainsi en est-il de la méningite tuberculeuse, de la tuberculose articulaire et osseuse. Et si des organes comme les méninges et les synoviales peuvent être infectés alors que bien souvent aucune cause n'y crée un *locus minoris resistantiæ* et n'attire sur eux la localisation tuberculeuse, à plus forte raison doivent être prises des régions d'une aussi riche vascularisation que les organes génitaux de la femme. Il s'agit là d'un appareil où la circulation est des plus intenses comme en témoignent les hémorragies qui accompagnent les maladies utérines et annexielles.

Pendant la période génitale, des modifications considérables se produisent dans cette zone anatomique : régulières à l'époque de la menstruation, discontinues au moment de la grossesse. Notons en plus les troubles fréquents des organes génitaux, ces métrites ou salpingites qui assombrissent si souvent la vie de la femme. Ces lésions constituent bien un

lieu de moindre résistance ; voilà pourquoi la tuberculose est fréquemment une tuberculose génitale. L'utérus et ses annexes sont le siège des altérations tuberculeuses, parce que déjà ils sont malades : l'infection primitive (blennorragique ou streptococcique) agit sur le développement de la tuberculose génitale comme peut agir le traumatisme, l'entorse par exemple, sur le développement de la tuberculose ostéo-articulaire.

Mais ces considérations ne doivent pas nous laisser perdre de vue que les germes tuberculeux peuvent pour produire des lésions utérines ou salpingiennes suivre une autre voie que la voie sanguine. Tout proteste contre un exclusivisme exagéré qui ramènerait la pathogénie de la tuberculose génitale à la voie descendante. Il semble qu'il faille savoir distinguer les cas où le bacille de Koch a gagné la région génitale par l'intermédiaire de la circulation sanguine de ceux, au contraire, où il a emprunté la voie muqueuse.

Sans doute, CORNIL a bien démontré que l'épithélium vaginal — épithélium pavimenteux stratifié, à cellules du type malpighien — réalisait des conditions peu favorables au bacille de Koch pour inoculer les parois vaginales. Mais il n'en est point autrement du tégument externe qui, lui aussi, est le siège de manifestations tuberculeuses observées couramment. De plus, il y a dans le tractus génital un autre élément que l'épithélium du vagin : c'est l'épithélium du col

utérin qui, lui, s'infecte si facilement comme le prouve l'histoire de toutes les métrites.

Vraiment privilégiées, les muqueuses vaginale, utérine ou tubaire seraient-elles seules protégées à un tel point contre l'apport du virus tuberculeux ? Alors que les muqueuses respiratoire et digestive, nous le savons, s'infectent si facilement au contact de produits tuberculeux, bien mieux sont susceptibles « d'absorber » les germes tuberculeux sans qu'il existe ou persiste la moindre lésion, la moindre solution de continuité, la muqueuse génitale serait efficacement défendue en vertu de sa constitution histologique contre le bacille de Koch. Elle ne saurait être infectée que par les microorganismes apportés par le sang.

Et cependant les causes de contamination ne manquent pas. Son mode est quelquefois direct : ce sont des linges souillés, un instrument malpropre dans l'intervention chirurgicale (DUHRSEN, JACOBS), les doigts explorateurs du médecin ou de la sage-femme ; des produits tuberculeux sortis par l'anus au cours d'une entérite tuberculeuse et portés au niveau de la muqueuse vulvaire produiront dans certains cas cette infection directe (infection primitive secondaire de Pozzi). La contamination peut se faire aussi par le coït, le sperme contenant des bacilles tuberculeux.

Les exemples ne manquent pas de lésions tuberculeuses de la muqueuse vulvo-vaginale. L'esthionème de la vulve est souvent un ulcère de nature tu-

berculeuse. LECÈNE décrivait tout dernièrement deux cas cliniquement et histologiquement établis de bartholinite tuberculeuse.

D'ailleurs, cette question de la tuberculose génitale ascendante n'est pas neuve. Elle évoque des noms connus, HÉGAR, CONHEIM, VERNEUIL, etc.

En 1882, CONHEIM se demande si le sperme des individus tuberculeux ne contient pas de germes spécifiques. Et depuis, l'expérimentation et la clinique se sont efforcées de répondre à ce problème. L'infection dans la tuberculose génitale de la femme peut être produite par le sperme d'un individu porteur de bacilles tuberculeux, que ce bacillifère soit frappé de tuberculose épидидymo-testiculaire ou simplement atteint de lésions tuberculeuses éloignées des organes génitaux (lésions pulmonaires, péritonéales, articulaires), — à condition bien entendu qu'il s'agisse d'une tuberculose non fermée, déversant des germes dans le courant sanguin.

La réponse à cette question est sans doute difficile à donner. Les documents que nous possédons sont d'une valeur inégale ; il manque souvent dans les observations cliniques le contrôle de l'autopsie. Combien de tuberculoses croyons-nous primitives, localisées à un seul organe, parce que ce seul organe a réagi à l'infection et voyons-nous plus tard compliquées d'autres manifestations tuberculeuses discrètes : induration pulmonaire qui ne se révèle pas à l'auscultation, ganglion tuberculeux profond, tubercule en-

kysté de l'os. Dans des cas de tuberculose dite primitive de l'utérus et de ses annexes, il y en a peut-être et il y en a sûrement qui coïncident avec d'autres lésions tuberculeuses. Pourtant, dans certaines circonstances, dans divers faits expérimentaux, dans maintes observations cliniques, le caractère primitif et ascendant de l'altération semble si évident qu'on ne saurait lui refuser sa valeur.

Et, d'ailleurs, la présence d'un autre foyer tuberculeux n'infirme pas la théorie ascendante de la tuberculose génitale chez la femme. Une première lésion de tuberculose ne confère pas l'immunité ; elle prédispose au contraire à une contagion nouvelle. Et de la constatation en un point de l'organisme d'un foyer tuberculeux — latent ou en activité — il n'est pas permis de conclure à l'impossibilité de l'infection par voie muqueuse. Une tuberculeuse, qui a déjà contracté une bacillose pulmonaire par inhalation au cours de la cohabitation avec un mari atteint de cette maladie, peut acquérir une tuberculose génitale dans les rapports sexuels par suite de la présence du bacille de Koch dans le sperme.

*
* *

CONHEIM n'avait rapporté aucun fait à l'appui de son hypothèse lorsqu'il s'était demandé si l'infection de l'appareil génital de la femme pouvait être réalisée au cours des rapports sexuels à la façon des maladies vénériennes, le sperme contenant au cours

d'une affection épididymaire le bacille de Koch comme le sperme du blennorragien renferme les gonocoques.

VERNEUIL en 1883, dans la lettre au Professeur FOURNIER publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, reprend pour lui cette conception de l'auteur allemand ; il apporte cette fois une observation probante.

Quelque temps après, un élève de VERNEUIL, VERCHÈRE, passe sa thèse inaugurale : *Les portes d'entrée de la tuberculose*.

HANOT regardait comme difficile cette transmission directe, sans la reconnaître impossible. Mais VERNEUIL écrivait : « La tuberculose génitale primitive, indépendante de la scrofule, naît peut-être simplement à la suite du coït par contagion directe, c'est-à-dire par propagation du microbe tuberculeux à travers les voies génitales inférieures jusqu'en un point de l'appareil où il trouve les conditions locales favorables à son installation et à son développement. »

C'est cette idée du maître que VERCHÈRE développe et il montre, comme autant d'arguments en faveur de l'inoculation probable, la fréquence de la tuberculose génitale dans les deux sexes, son apparition à la période d'activité génitale, la possibilité des rapprochements sexuels malgré la présence des lésions tuberculeuses dans les organes génitaux.

Jusqu'ici c'était à la clinique seule qu'on s'était adressé pour juger la question de la tuberculose

génitale, de la tuberculose en général : car ni VERNEUIL, ni VERCHÈRE ne s'occupent exclusivement de la tuberculose de la femme ; ils ne scindent pas la tuberculose de l'homme et celle de la femme.

FERNET (*Société médicale des Hôpitaux*, 1885) examine systématiquement tous les tuberculeux passés dans son service en l'espace d'un an. Il ne retient que ceux « dont la maladie génitale était primitive ou si manifestement prédominante qu'elle était suivant toute probabilité la première localisation ». Et il produit des observations, où la contagion semble évidemment avoir été réalisée au cours des rapports sexuels. Cette idée et ces observations sont consignées dans la thèse de DERVILLE ; celui-ci y ajoute trois nouvelles observations, dans lesquelles la tuberculose primitive est apparue chez des femmes ayant vécu avec des hommes phtisiques.

En même temps DERVILLE avait fait entrer en quelque sorte la question de la tuberculose génitale dans le domaine du laboratoire. Il examine, en effet, le sperme recueilli dans les organes génitaux de trois tuberculeux pulmonaires, ne présentant aucune lésion au niveau de l'épididyme et du testicule : il trouve chaque fois le bacille de Koch. L'année précédente pourtant AGUET n'avait pas été aussi heureux : dans trois examens, le résultat était resté négatif.

CURT JANI (*Virchow's Archive*, 1886) ne s'était pas contenté de faire l'examen bactériologique du liquide spermatique. N'ayant point trouvé le bacille de Koch dans le sperme des tuberculeux, il en fit la recherche

dans les parenchymes testiculaire et prostatique, malgré l'apparence saine des organes. Six fois sur huit pour le testicule, quatre fois sur six pour la prostate, le résultat fut positif. Ces données se trouvèrent combattues par WALTHER qui, s'étant livré au même travail que JANI, ne trouva rien, ni dans l'épididyme, ni dans le testicule, ni dans la prostate.

Mais les résultats négatifs ne prouvaient rien. On sait combien il est parfois difficile de trouver le bacille de Koch dans des produits tuberculeux. On ne le découvre point toujours dans le dépôt urinaire d'un rein tuberculeux, dans le pus d'un abcès froid ou d'un ganglion tuberculeux. Les bacilles, en effet, sont, rares dans ces productions qui dérivent d'un processus tuberculeux, et, malgré des examens patiemment répétés, des bacilles ont cependant pu passer inaperçus. Nous n'avons par conséquent à faire entrer en ligne de compte que les faits positifs. Quant aux résultats négatifs, ils peuvent être expliqués par l'insuffisance de la méthode, c'est-à-dire de la recherche directe des microorganismes.

Si cet examen direct ne suffit pas à démontrer la nature d'un produit tuberculeux, il n'en est plus de même de l'inoculation aux animaux. Et encore l'expérimentation doit-elle choisir son animal d'expérience ; cette notion est indispensable pour comprendre la différence des résultats proclamés par les auteurs.

Voici la technique employée par LANDOUZY et MARTIN (*Revue de Médecine*, 1883).

Ils prennent du liquide spermatique d'un phtisique dont le testicule ne semblait pas présenter d'altérations anatomiques ; ils le diluent dans une solution de sel marin à 12 o/o et l'injectent dans la cavité péritonéale d'un cobaye. L'animal sacrifié présente les lésions pathognomoniques de la tuberculose. Chaque fois le résultat obtenu fut positif. SIRENA et PERNICE (1887) prennent le chien comme sujet d'expérience : ils obtiennent une tuberculose diffuse des plus nettes. SOLLES (de Bordeaux) renouvelle ces expériences sur le cobaye : il arrive au même but.

MAFFUCCI réalise l'expérimentation dans un autre sens. Il injecte dans la veine saphène de cobayes mâles de grandes doses de produits tuberculeux ; il détermine la production d'une tuberculose généralisée, et, lorsqu'il sacrifie les animaux, il trouve des bacilles de Koch dans le testicule et dans son produit de sécrétion.

Un peu plus tard, JAECKH se livre à des travaux de même genre sur des cobayes et des lapins. Le résultat est positif chez le cobaye, négatif chez le lapin.

A ce moment, une note discordante trouble l'accord des expérimentateurs. WESTERMAYER d'Erlangen ne peut provoquer aucune lésion tuberculeuse en injectant de la substance testiculaire d'individus morts de tuberculose dans la cavité abdominale d'un cobaye, animal pourtant si disposé à la réceptivité du bacille de Koch. De même ROHLFF enregistre dix insuccès sur dix expériences. Peut-être faut-il

avec STRAUS accuser plutôt l'expérimentateur que la méthode ; il ne prélève qu'une infime partie de produits tuberculeux avec un fil de platine stérilisé et il s'adresse à la chèvre, sujet éminemment réfractaire à l'éclosion de la tuberculose.

Et puis, des travaux plus importants sont élaborés en Allemagne par GARTNER, par SPANO et M^{lle} GOROVITZ en France.

Nous ne retenons que ceux de M^{lle} GOROVITZ, élève de BOUILLY, parce qu'ils ont été faits sous l'inspiration en quelque sorte des premiers auteurs et dans un but de démonstration et de contrôle des résultats obtenus. Ils furent effectués dans le service du D^r GRANCHER sous la direction de son chef de clinique, M. le D^r J. HALLÉ, et condensés dans une thèse inaugurale soutenue à Paris en 1900.

M^{lle} GOROVITZ a entrepris une série d'expériences « pour se rendre compte de la possibilité de reproduire des lésions tuberculeuses de l'appareil génital en déposant les germes tuberculeux en différents points de cet appareil ». Elles ont porté sur 11 lapins et 15 cobayes. La culture employée était une culture pure de bacilles de Koch, diluée dans de l'eau bouillie stérilisée.

L'auteur s'était attachée, pour mener à bien ses recherches si instructives, à ne pas léser la muqueuse utérine pendant l'introduction de la culture ; elle se servait de petites sondes-bougies en gomme (calibre 10, 12, 14). Nous ne pouvons d'ailleurs mieux

faire que de citer les pages consacrées à la technique opératoire.

Les sondes avant l'expérience étaient préalablement stérilisées par l'ébullition. Leur introduction dans l'utérus était très difficile par la voie vaginale bien que quelques expérimentateurs aient pu y parvenir. . . Le vagin est très long et l'utérus présente chez eux (cobaye ou lapine) une disposition qui rend malaisée à tâtons, et même avec un spéculum, l'introduction d'une sonde. En effet, chez la lapine, les deux cornes utérines restent séparées et s'ouvrent obliquement et séparément dans le vagin, sans constituer un corps utérin distinct. Chez le cobaye, les deux cornes s'unissent pour constituer un petit corps de l'utérus long de quelques millimètres au plus.

Ayant échoué dans nos tentatives d'introduire directement la sonde dans une des cornes utérines, et pour être sûre de déposer toujours dans la trompe le bacille de Koch, nous avons imaginé le procédé suivant, qui permet assez facilement de cathétériser les cornes utérines.

Ce procédé consiste à faire d'abord une petite laparotomie sus-pubienne ; on soulève la vessie, et après mise à nu de la portion supérieure du vagin et des cornes utérines, on introduit d'une main une sonde par le vagin, tandis que l'autre main sert à fixer l'utérus et à guider le bec de l'instrument qui se coiffe ainsi de l'orifice utérin et pénètre dans la corne utérine sur plusieurs centimètres.

Une fois cette sonde introduite, on adapte à l'extrémité une seringue de Straus chargée par laquelle un aide injecte la culture du bacille de Koch : on peut ainsi déposer un ou

plusieurs centimètres cubes de liquide que l'on voit pénétrer et gonfler la corne utérine. On retire ensuite la sonde, on rentre dans la cavité abdominale l'utérus et la vessie et on ferme l'abdomen par deux plans de suture. La plaie se réunit rapidement sans pansement.

Pour se mettre à l'abri d'une contamination de la paroi abdominale par le bacille de Koch, il est indispensable d'opérer aseptiquement et l'opérateur ne doit plus toucher à la sonde et à la région vaginale dès que le bacille a été déposé.

Les expériences ont été partagées en plusieurs séries, les unes ne portant que sur la muqueuse vaginale de l'animal, les autres s'adressant à la cavité utérine elle-même. Voici les conclusions de l'intéressant et important travail de M^{lle} GOROVITZ.

1° Le bacille de Koch sur le vagin de la cobaye ou de la lapine sans lésion traumatique préalable n'amène point la tuberculose.

2° On reproduit expérimentalement la tuberculose des cornes utérines chez la cobaye en y déposant du bacille de Koch.

Cette tuberculose peut se propager sur le vagin ou bien gagner par voie lymphatique les ganglions iliaques et lombaires d'abord, particulièrement deux ganglions qui se rencontraient presque toujours caséux et situés au niveau de la bifurcation de l'aorte abdominale.

3° Parfois les bacilles tuberculeux semblent traverser les cornes utérines, sans y laisser de lésions

appréciables macroscopiquement pour envahir directement les ganglions lombaires.

4° La péritonite tuberculeuse peut s'observer secondairement à la tuberculose de la corne utérine ; il semble qu'elle soit consécutive aux lésions sous-péritonéales de cet organe.

5° Chez la lapine, les inoculations faites par le même procédé technique que chez la cobaye n'ont pas permis de produire expérimentalement la tuberculose génitale.

Quel enseignement devons-nous tirer de toutes ces constatations faites par les différents expérimentateurs ?

Il semble bien que toutes ces recherches aient éclairé d'un jour singulier la pathogénie de la tuberculose génitale. Sans doute on ne peut conclure d'une manière générale de l'animal à l'homme. Nous voyons d'ailleurs en compulsant et en révisant les résultats qu'ils pouvaient varier d'un animal à l'autre. A côté du cobaye si sensible au développement de la tuberculose, nous voyons le lapin et la chèvre souvent réfractaires à l'évolution du même mal. Mais ce sont là des données acquises ; il y a longtemps que le laboratoire a choisi dans l'expérimentation de la tuberculose le cobaye entre tous les animaux, et aujourd'hui c'est à cet animal que le bactériologiste s'adresse pour l'inoculation de la tuberculose humaine. Aussi cette réceptivité spéciale du cobaye pour la tuberculose de l'homme nous permet de conclure avec assez

de justesse et de précision de l'animal à l'homme.

Tous ces travaux nous ont montré d'abord que le sperme ou les organes spermatiques de l'homme affecté ou non de tuberculose génitale pouvaient renfermer le germe de la tuberculose : c'était là le premier point à établir dans notre proposition ; il est démontré par les recherches de FERNET, de DERVILLE, de CURT JANI, de LANDOUZY et MARTIN, de SIRENA et PERNICE, de SOLLES, de MAFFUCCI, etc.

En second lieu, les études de M^{lle} GOROVITZ ont fait voir formellement : 1° Que la muqueuse utérine était capable de recevoir le bacille de Koch et de lui offrir les éléments nutritifs nécessaires à sa vie, à son développement et à sa diffusion ; 2° Que les lésions tuberculeuses, installées d'abord au point d'inoculation (muqueuse utérine), étaient susceptibles de gagner successivement les voies génitales supérieures (trompe), les ganglions tributaires (ganglions lombo-iliaques) et la cavité abdominale (péritoine pelvien), et enfin de déterminer une généralisation tuberculeuse susceptible de causer la mort, puisque plusieurs cobayes ont succombé à la suite de l'inoculation expérimentale du bacille de Koch.

Quelle conclusion impose de tout cet ensemble de faits ? C'est que le bacille de Koch, transmis par les rapports sexuels, peut se localiser sur la muqueuse génitale et par la voie muqueuse — voie de prédilection pour d'autres microorganismes comme le gonocoque — gagner les organes profonds et le péritoine ; c'est qu'en réalité la tuberculose ascen-

dante existe et qu'elle doit être moins rare qu'on l'a prétendu.

*
* *

D'ailleurs, si l'attention du clinicien n'a été jusqu'ici que faiblement éveillée sur ce point particulier et si les faits d'observation rigoureusement scientifique sont encore bien épars dans la littérature médico-chirurgicale, il semble qu'il y ait là un signe d'insuffisance diagnostique. La preuve en est qu'à mesure que ces idées ont diffusé dans le domaine médical, les cas de tuberculose primitive des voies génitales de la femme ont été de plus en plus rapportés ; actuellement, la question s'enrichit tous les jours d'observations nouvelles. Les travaux cliniques s'accumulent et viennent s'ajouter aux belles recherches des expérimentateurs pour corroborer ce qu'elles nous ont appris.

Les adversaires de la théorie ascendante de la tuberculose génitale semblent triompher lorsqu'un de leurs représentants les plus distingués, AMANN, de Munich, écrit pour le Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie tenu à Rome en 1902 : « L'argument le plus convaincant contre l'infection par le coït est fourni par l'observation de M. WINKEL, où il s'agit de tuberculose génitale chez une jeune fille de dix-neuf ans présentant une atrésie congénitale du vagin. » Nous connaissons d'autres faits de tuberculose génitale où les rapports

sexuels n'ont sûrement point été en jeu dans l'écllosion des symptômes morbides : un premier de GOLT-SCHALK (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904), où il s'agit d'une vierge de trente-deux ans ; un autre de POLLOSSON (*idem*, 1906) dont le sujet est une demoiselle vierge ; un troisième de RENAUD (*Revue de la Suisse Romande*, avril 1904), relatif à une enfant de quatre ans. Nous en passons sous silence.

Mais ces observations ne prouvent pas que ce soit toujours la voie sanguine que suive le bacille de Koch pour pénétrer au niveau des organes génitaux de la femme. Manifestement il y a beaucoup de chances dans les circonstances ci-dessus relatées pour que les germes n'aient pas infecté le conduit génital par la voie muqueuse, — et dans le terme de conduit génital nous faisons entrer les organes génitaux externes. Et même, dans les cas rapportés, l'hypothèse serait possible d'une contagion réalisée par des objets souillés de bacilles tuberculeux.

Mais, si nous analysons d'un peu près les documents mis à notre disposition par tous les auteurs qui ont écrit sur la tuberculose génitale et réunis en grand nombre dans la thèse de CHATON (Paris, 1908), nous nous trouvons en face de faits de tuberculose primitive évidente. Ainsi en est-il dans un cas de DELÉTREZ (*Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, 1908) ; il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans qui subit une hystérectomie vaginale pour une ulcération fongueuse du col utérin,

diagnostiquée cliniquement comme étant de nature tuberculeuse : le microscope montra un exemple de tuberculose hypertrophique, — dans un second d'ERIC et YOUNG de Londres dont la description se calque sur l'observation précédente, — dans quatre autres de FERRARI, etc., etc.

Malheureusement, dans ces faits, les auteurs sont muets sur les circonstances dans lesquelles se trouvaient les malades au point de vue contagé ; si nous avons toute raison de supposer ces tuberculoses primitives, nous ne pouvons affirmer qu'elles aient été produites au cours du coït et que les lésions ulcéreuses de l'utérus aient été déterminées par la contamination du conjoint.

Mais nous avons d'autres preuves cliniques à notre disposition.

La thèse de DERVILLE produit une observation de BOUFFE relative à une malade de trente-six ans présentant des antécédents héréditaires tuberculeux. « Elle fut réglée à seize ans, normalement jusqu'à trente-cinq. Pendant dix-huit mois, douleurs dans le bas-ventre et dans les reins : écoulement de mucosités épaisses mélangées de pus rosé. On porte le diagnostic de métrite ulcéreuse du col. Trois mois après, en février 1887, on constate sur le col une ulcération occupant la lèvre postérieure ; le fond est rose vif, les bords en sont à pic, grisâtres, présentant une apparence cicatricielle. Dans le liquide verdâtre et suintant qui en sort, on trouve des bacilles de Koch. Sous l'action de badigeonnages à la teinture d'iode,

l'état paraît s'améliorer. *Le mari a des noyaux indurés dans l'épididyme.* »

Sans doute, cette malade a des antécédents tuberculeux héréditaires. Mais nous savons que penser de l'hérédité tuberculeuse. L'hérédité met le descendant en état de réceptivité des qualités ou des défauts des ascendants ; le tuberculeux ne transmet que rarement la tuberculose à ses enfants, mais il les met en infériorité manifeste vis-à-vis des affections tuberculeuses. Voici donc une femme qui est exposée à la tuberculose et qui ne contracte point une tuberculose pulmonaire parce qu'elle ne s'est pas trouvée dans les conditions de contagion propres à réaliser une localisation bacillaire dans le parenchyme pulmonaire ; mais, infectée *génitalement*, elle fait de la tuberculose génitale.

GLOCKNER (*Beitrag fur Geb. und Gyn.*, 1901), chez une femme de vingt ans, atteinte de tuberculose du col à forme végétante papillaire ressemblant à un cancer et guérie par extirpation vaginale totale, croit à une infection tuberculeuse du mari qui a inoculé le col utérin par le coït : *l'appareil épидидymo-testiculaire de cet homme est frappé de tuberculose à droite.*

AMANN cite comme un exemple tout particulier de tuberculose génitale primitive due visiblement à un coït, le cas de HAMMER que SPRINGER considère comme hors de toute critique. « HAMMER fait l'autopsie d'une femme de trente-cinq ans, qui succombe après quatre ans de mariage à une tuberculose miliaire géné-

ralisée. Comme foyer tuberculeux, il ne trouve dans tout le corps qu'une trompe caséifiée; l'utérus et le vagin étaient complètement indemnes. Le mari provenait d'une famille tuberculeuse et ses propres sommets étaient touchés. Il avait pour habitude avant le coït d'enduire le pénis de sa propre salive pour faciliter l'intromission. Sur les genitalia, il ne présentait aucune trace de lésions tuberculeuses *in vivo*. SPRINGER croit qu'il est nécessaire d'admettre que les bacilles ont été introduits dans le canal génital de la femme par la salive, les germes n'ayant d'ailleurs pas pu se fixer dans le vagin bien protégé par son épithélium. »

Ce fait marqué au coin de la plus méticuleuse observation fait honneur à la perspicacité de l'auteur; mais point n'est besoin d'invoquer le mode de technique précisé par Hammer. Nous savons, en effet, à la suite des savantes recherches sur lesquelles nous nous sommes étendus plus haut, que le liquide spermatique d'un tuberculeux peut contenir des bacilles de Koch en l'absence de toute lésion caractéristique du testicule, de l'épididyme ou de la prostate. Que l'apport microbien d'une salive chargée de bacilles tuberculeux vienne corroborer l'action du sperme tuberculeux, nous l'admettons, mais au point de vue pathogénique ce nous semble superflu.

AMANN rapporte encore quelques exemples de tuberculose génitale primitive où la contagion génitale paraît probable. Un cas de PFAUNENSTIEL (*communi-*

cation orale), où le mari était atteint de tuberculose testiculaire. Dans deux autres cas de PROCHOWNICK, dont l'un relatif à une lésion du col utérin, les maris présentaient également une tuberculose testiculaire. Une malade de KEHRER mourait de tuberculose généralisée, et son mari venait de succomber à une tuberculose génitale peu de temps auparavant. C'est un fait de même genre que publie MERLETTI.

Au Congrès de Rome, répondant précisément aux affirmations exclusives des rapporteurs, le Pr SPINELLI, de Naples, relate 31 cas de tuberculose génitale et dans la plupart d'entre eux croit qu'il s'agit de tuberculose primitive. Trois fois la contagion était due à un mari atteint de tuberculose pulmonaire, une fois à un mari *dont le testicule était tuberculeux*. Rien d'étonnant — nous le répétons après les expérimentateurs — à ce que la contamination de la femme ait été réalisée au cours de la cohabitation avec un bacillaire porteur de lésions pulmonaires avancées. A plus forte raison, se manifeste de façon probante le cas du conjoint frappé de tuberculose testiculaire ; ce dernier exemple est superposable à un fait expérimental ; le liquide spermatique sans nul doute contenait du bacille de Koch.

Le professeur SPINELLI ajoute : « D'après ma propre expérience, la plupart des cas de tuberculose péritonéale chez la femme sont d'origine génitale. »



Après tout cela, on pourrait se demander pourquoi la tuberculose génitale est si rarement décrite chez la femme.

Et d'abord, cette rareté de la tuberculose primitive, nous l'avons vu, ne correspond peut-être pas à une réalité. La tuberculose génitale nous apparaît en effet comme une sorte de Protée pathologique se révélant aux investigations cliniques sous les formes les plus diverses, simulant tantôt les lésions banales de la métrite, tantôt le chou-fleur longtemps caractéristique du cancer du col utérin ou les allures infectieuses de la pelvipéritonite ordinaire. Dès lors, pourquoi s'étonner que le diagnostic n'ait point été porté exactement dans tous les cas et que de prétendus cancers guéris définitivement n'aient été qu'un tuberculome hypertrophique. On sait d'ailleurs que pareille erreur de diagnostic peut se faire en maints points de l'organisme : tuberculome hypertrophique de la région iléo-cæcale, tuberculose hypertrophique de l'estomac (VILLAR de Lyon); il y a quelques jours, FORGUE et MASSARBAU croyaient extirper un sarcome de l'avant-bras; l'examen histologique prouva qu'ils avaient encore affaire à cette forme de tuberculose hypertrophique (pseudo-cancer) des gaines synoviales de l'avant-bras.

Le meilleur argument en faveur de cette opinion, c'est que, l'éducation médicale étant plus complète

sur ce point, les observations de tuberculose génitale primitive se multiplient. Il ne s'agit pas d'une maladie nouvelle et plus fréquente qu'autrefois ; il y a seulement une maladie mieux connue dans ses manifestations et dont l'histoire empiète sur les chapitres voisins des traités de pathologie chirurgicale. Le pourcentage des affections utérines se déplace, il y a moins de cancers utérins, plus de tuberculoses utérines.

Malgré tout, il existe peut-être une raison pour que la tuberculose génitale d'origine ascendante soit relativement peu fréquente. En face de la multitude d'individus tuberculeux porteurs de manifestations pulmonaires et surtout épididymo-testiculaires, on pourrait se demander pourquoi si peu de femmes — en proportion — présentent le syndrome de la tuberculose génitale. Et pourtant, comme le faisait remarquer VERCHÈRE, ce sont des hommes en pleine activité génitale et chez qui l'appétit sexuel n'est nullement diminué, — c'est un fait d'observation courante chez les tuberculeux.

Les organes génitaux de la femme se défendent bien contre le contagement matrimonial. L'épithélium vaginal est, en effet, assez réfractaire à l'inoculation tuberculeuse. CORNIL en voyait la raison dans le type malpighien de cet épithélium. Il faut, en effet, une érosion de cette muqueuse pour que l'inoculation du bacille de Koch puisse être effectuée ; M. GOROVITZ en a fourni plus haut la preuve expérimentale. Chaque fois qu'elle s'est bornée à mettre l'épithélium vaginal

sain d'un cobaye en présence d'une culture de bacille de Koch, elle a obtenu un résultat négatif; au contraire, l'auteur est parvenue à un résultat positif en déposant dans l'utérus du même animal une culture identique à la première en dilution et quantité, — et cela, sans déterminer d'érosion ou de solution de continuité de la muqueuse utérine.

Si le col de l'utérus est bien fermé, ne présentant à l'organe contaminé que son épithélium à type vaginal ou malpighien, la contagion ne se produira pas. Au contraire, s'il est ouvert du fait d'accouchement ou d'avortement ancien, s'il présente les petites lésions qui suivent un accouchement même normal, à plus forte raison s'il porte des déchirures, étendues mal cicatrisées qui amènent l'ectropion de la muqueuse utérine, l'inoculation par le liquide spermatique trouvera les conditions les plus favorables pour se réaliser. Voilà comment il faut entendre l'influence de la prédisposition des accouchements antérieurs, des ulcérations préexistantes.

En dernier lieu, vagin et utérus possèdent de nombreuses glandes en perpétuel état d'activité. La muqueuse vaginale est toujours humide grâce aux sécrétions qui lui viennent de ses parois propres et de la muqueuse utérine. Ces sécrétions plus ou moins abondantes suivant les femmes constituent une espèce de chasse qui balaie incessamment les parois vaginales, et qui a tendance à expulser, à porter au dehors les germes qui menaçaient l'intégrité anatomique du tractus génital. Nous savons néanmoins

que ce mode de protection n'est point toujours efficace et que l'infection tuberculeuse peut s'effectuer de la même façon que se réalise l'infection gonococcique ou streptococcique après un coït virulent ou consécutivement à un contagé quelconque.

Que ces différents moyens de défense se trouvent en état d'infériorité, les conditions sont les plus propices à l'inoculation du bacille de Koch et à la transmission de cet agent pathogène aux couches profondes et au péritoine. L'appareil génital de la femme représente, en effet, le seul exemple de conduit faisant communiquer une séreuse, la grande séreuse péritonéale avec l'air extérieur. L'appareil génital de la femme s'ouvre à l'extérieur par la vulve et il débouche dans la cavité abdominale par l'orifice ménagé entre les franges du pavillon de la trompe, l'ostium abdominale. Heureusement que, de place en place, cette large communication est atténuée par la formation de rétrécissements naturels, orifices externe et interne du col de l'utérus, l'ostium uterinum surtout. Mais si cette bouche utérine est capable de s'opposer au passage de corps étrangers volumineux comme l'extrémité arrondie de l'hystéromètre, elle ne forme qu'un obstacle bien minime à l'invasion microbienne. L'infection blennorragique est là pour nous enseigner que le gonocoque traverse ce défilé anatomique avec la plus grande facilité. Nous pourrions de même nous demander pourquoi la péritonite pneumococcique est plus fréquente chez les petites filles que chez

les garçons et pourquoi elle se localise avec une prédilection marquée sur l'étage inférieur de l'abdomen. Il est bien probable qu'il en est de l'infection par le pneumocoque comme de l'infection due au bacille de Koch : elle a suivi la muqueuse.

D'ailleurs SPINELLI résume la discussion en écrivant : « D'après ma propre expérience, la plupart des cas de tuberculose péritonéale chez la femme sont d'origine génitale. »

*
* *

Dans cette intéressante question de pathogénie touchant à la tuberculose génitale, notre conviction a été affirmée par un fait dont nous avons été l'observateur fidèle et assidu ; nous le rapportons *in extenso*.

OBSERVATION (Inédite)

(Recueillie et fournie par M. le Dr JULLIEN, chef de clinique chirurgicale à l'École de Médecine d'Amiens).

Tuberculose génitale primitive. — Laparotomie. — Mort. — Examen de l'utérus.

H. M. . . , trente-quatre ans, culottière.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-quatre ans d'une bronchite que l'évolution permet de supposer tuberculeuse.

Mère actuellement vivante et en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Trois frères bien portants ; un, mort à trente-trois ans du tétanos.

Antécédents personnels. — Régée à quinze ans.

Six grossesses terminées spontanément à terme par l'expulsion d'enfants vivants.

Il y a trois ans (1906), la malade est prise de métrorragies abondantes et répétées qui cèdent à un repos complet de deux mois. Déjà auparavant une leucorrhée légère sans douleur avait été observée.

La dernière grossesse s'est terminée en juillet 1908 ; l'enfant mourut, au bout de treize jours, de débilité congénitale. La menstruation se rétablit, mais, en octobre, les règles ne paraissent plus.

Depuis le mois de juillet des douleurs assez vives avaient été ressenties dans le bas-ventre, mais sans nécessiter l'interruption du travail ; des pertes jaunâtres, mêlées de stries sanguinolentes, avaient apparu.

Mais, au milieu de février 1909, des douleurs plus violentes sont accusées dans toute la partie inférieure de l'abdomen. Elles sont continues et amènent la malade à solliciter son entrée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (service de M. le P^r PEUGNIEZ), le 15 février 1909.

C'est une femme maigre, au teint bistré, aux pommettes anguleuses ; elle respire la souffrance, le dénuement physiologique ; mais, en réalité, ce teint est le teint habituel de la malade, qui déclare n'avoir pas maigri d'une façon sensible.

La température atteint 38 degrés, matin et soir ; le pouls est bon et régulier. Les poumons sont sains. Seul le ventre exhale son cri de souffrance.

L'inspection seule de ce ventre maigre, à musculature extrêmement réduite, à pannicule adipeux nul, semble révéler les lésions cachées par le rideau de laparoï abdominale.

Au-dessus de l'ombilic, ventre absolument plat ; au-dessous, parois soulevées par une masse énorme, arrondie.

A la palpation, souplesse, dépressibilité dans l'étage supérieur de l'abdomen ; dans l'inférieur, empâtement diffus, rénitence en certains points, submatité. Toutefois la main qui explore ne se trouve pas en présence d'une lésion bien circonscrite. Les organes sous-jacents sont comme coulés dans une gangue inflammatoire.

Par le palper bimanuel, les sensations ne sont pas plus nettes. On ne peut délimiter l'utérus qui est enclavé dans une masse énorme ; il fait corps avec les organes voisins. Le col de l'utérus est dur ; il ne paraît pas présenter de grandes altérations ; rien, par exemple, qui éveille l'idée d'une tumeur maligne. C'est un col de multipare ayant accouché dans des circonstances pénibles.

A aucun moment, il n'y a eu de vomissements. La miction est facile, les urines limpides ; la constipation est la règle chez la malade, elle s'est accentuée dans les derniers jours.

Le diagnostic porté est celui de pelvipéritonite en rapport avec la dernière grossesse ; toutefois, l'absence de menstruation pendant plusieurs mois laisse soupçonner l'existence d'un foyer hémorragique (hématocèle) lié à une rupture de grossesse extra-utérine.

Une intervention chirurgicale est pratiquée le 17 février 1909 par M. le Dr JULIEN.

Incision médiane sous-ombilicale. Péritoine pariétal énormément épaissi ; il n'y a plus de cavité péritonéale par suite de la formation d'adhérences nombreuses et fortes entre les anses intestinales. La séreuse est farcie de follicules du volume d'un grain de millet. Il est impossible de pénétrer

dans le petit bassin, car les lésions sont d'autant plus accentuées qu'on se rapproche davantage de la zone génitale. Par contre, au-dessus de l'ombilic, les viscères abdominaux sont absolument libres et la séreuse a conservé son poli habituel. Il s'agit manifestement d'une péritonite tuberculeuse dont le point de départ est l'appareil génital. Après asséchement et frottement léger des régions décollées avec l'acide phénique étendu d'eau, on suture la paroi abdominale sans drainage.

Pas de vomissements post-opératoires ; réaction nulle ; la température tombe à 37 degrés et ne remonte plus. La malade va bien et s'alimente régulièrement.

Au huitième jour, la cicatrice est soulevée par un épanchement assez considérable qui s'ouvre spontanément à la peau. Il se forme une fistule stercorale.

Le décollement s'étend, le dépérissement augmente malgré une tentative suprême de fermeture de la fistule. La mort survient le 26 mars 1909.

L'autopsie nous fut refusée ; mais deux heures après la mort nous extrayons l'utérus par hystérectomie vaginale.

Celui-ci est un peu plus volumineux que d'habitude. La coupe ne présente rien de particulier. La muqueuse laisse voir une multitude de petits points blanchâtres que déjà avant l'examen histologique nous prenons pour de petits follicules tuberculeux.

La pièce est portée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Paris et voici la note qui nous a été obligeamment remise :

« Il s'agit d'une tuberculose folliculaire typique, siégeant dans la muqueuse utérine. En de nombreux points, les folli-

cules tuberculeux très nombreux, qui dissocient les glandes, s'agminant pour former des tubercules crus ; quelques-uns des plus superficiels parmi ces tubercules sont ramollis et déversent leurs produits caséeux dans la cavité utérine après ulcération de la muqueuse.

« La plupart des glandes entourées par le tissu tuberculeux présentent des altérations kystiques.

« Le tissu utérin sous-jacent à la muqueuse est indemne de toute lésion tuberculeuse folliculaire, mais présente une sclérose intense à systématisation périvasculaire. Les vaisseaux eux-mêmes, surtout les artères, sont très malades (endo et périvascularite). Au-dessous de la zone de sclérose (1 cm. 1/2 environ) le tissu utérin paraît à peu près normal. »

Voilà l'observation détaillée de la malade ; elle se rapporte à une tuberculose génitale dont nous avons à discuter l'origine descendante ou ascendante.

Au cas de tuberculose descendante, c'est dans le tissu utérin, dans le muscle parcouru par des vaisseaux nombreux que nous devrions trouver les lésions caractéristiques de la tuberculose. Ici, rien, un peu de sclérose et c'est tout ; cette sclérose est évidemment de date éloignée.

Au contraire, les altérations tuberculeuses se trouvent dans la muqueuse, d'autant plus accentuées qu'on se rapproche de la cavité utérine. Le microscope paraît plaider singulièrement en faveur de l'origine ascendante.

Mais il y a plus. Nous apprenons que le mari de cette femme vient de faire un séjour au même hôpital et que là il a subi (12 janvier 1909) une castration unilatérale pour tuberculose épидидymaire suppurée.

Les faits s'enchaînent alors d'une façon remarquable. La malade aura été contagionnée directement au cours du coït par un mari en puissance de tuberculose génitale. Les bacilles auront inoculé la muqueuse utérine et, suivant la voie familière au gonocoque, gagné la trompe et le péritoine pelvien par l'ostium abdominale.

Sans doute la malade a des antécédents fort lourds, un père qui est mort probablement de tuberculose pulmonaire. Elle était prédisposée à la tuberculose ; mais ses poumons étaient sains et c'est manifestement à l'endroit de l'inoculation que le bacille de Koch a édifié son processus habituel.

Au point de vue thérapeutique, quelles réflexions pouvons-nous faire ? Admettons que le diagnostic ait été posé — nous n'étions pas en possession de ces derniers renseignements avant d'opérer — pouvions-nous espérer un meilleur résultat par l'hystérectomie vaginale ? Nous ne le croyons pas, parce qu'à la date de l'opération les lésions étaient trop avancées. L'hystérectomie vaginale aurait été extrêmement pénible au milieu des adhérences du petit bassin ; elle fut même déjà bien difficile après la mort. Au cours d'une telle intervention, nous aurions, comme au cours de la laparotomie, déchiré des adhérences, décollé la séreuse de l'intestin et exposé ainsi la femme à une fistule stercorale ; enlevant au lieu d'être abdominale, celle-ci aurait été vaginale. L'issue eût été la même, c'est-à-dire la mort par hecticité.

Mais cette observation nous donne cet enseignement essentiellement profitable que si nous avions pu voir la malade beaucoup plus tôt, à la période utérine de la maladie, nous aurions pu l'arracher à son inéluctable sort en lui enlevant son foyer morbide, en lui faisant une hystérectomie. Cette

période vraiment chirurgicale a vraisemblablement correspondu aux pertes jaunâtres mêlées de stries sanglantes, qui furent accusées vers le mois d'octobre 1908, plus de quatre mois avant le séjour à l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Nous ne croyons pas devoir multiplier les faits et accumuler les documents d'autant plus que pour entraîner la conviction nous devons nous contenter de précisions peu nombreuses, mais portant juste. Dans l'observation précédente il y a manifestement une relation de cause à effet, entre l'affection testiculaire du mari et la tuberculose génitale de notre malade. Là nous avons vu réalisées les altérations que détermine l'inoculation expérimentale du bacille de Koch dans la cavité utérine. Chez les cobayes, M^{lle} GOROVITZ avait obtenu de semblables dégâts qu'elle décrit ainsi : « Remarquables lésions de la corne utérine gauche inoculée. Cet organe atteint presque le volume du petit doigt ; il montre des bosselures caséeuses en voie de ramollissement. Le péritoine est collé à la corne utérine, à laquelle il adhère parfaitement. Autour de ces adhérences, sur le péritoine, il existe une série de granulations tuberculeuses ; ganglions lombaires caséeux.

« Dans ce cas, la péritonite tuberculeuse paraît nettement s'être propagée par contiguïté de la corne utérine au péritoine pariétal ».

Chez notre malade, lésions de même nature, utérines, salpingiennes et péritonéales. Pourquoi cette localisation de la tuberculose péritonéale, si l'appar-

reil génital n'en est pas la cause ? Pourquoi, surtout, les altérations sont-elles de plus en plus discrètes à mesure qu'on s'éloigne de la région génitale ?

Et ainsi, l'association heureuse de l'expérimentation et de la clinique dans une impressionnante collaboration nous montre tout le rôle de l'infection ascendante dans la tuberculose génitale de la femme. De l'ensemble de ces faits, de ces expériences, de ces observations, l'enseignement précieux que nous devons tirer, c'est que si la tuberculose génitale est fréquemment d'origine descendante, secondaire à un foyer éloigné ou rapproché de l'appareil génital, elle peut être aussi d'origine ascendante. La voie sanguine n'est donc pas la seule voie suivie par le bacille de Koch pour produire les altérations aujourd'hui bien connues et décrites sous le nom de tuberculose génitale : la muqueuse génitale, la muqueuse utérine, constituent aussi pour ce microorganisme un excellent milieu de culture propice à l'épanouissement des lésions spécifiques.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsque le bacille de Koch vient se fixer sur les organes génitaux, il y détermine les formations caractéristiques de sa présence ; les follicules tuberculeux n'y revêtent point une structure différente de celle que nous avons l'habitude d'observer partout où s'est faite l'inoculation tuberculeuse. Sans doute les organes génitaux réagissent à leur façon, mais sans que rien puisse masquer la néoplasie pathognomonique.

D'autre part, les lésions constatées au cours des interventions chirurgicales ou des autopsies varient avec les cas ; et cette variabilité dépend de l'ancienneté, de l'étendue du processus tuberculeux, ainsi que de la réaction de l'organisme. A ces différents points de vue, nous devons signaler une tuberculose utérine, une tuberculose tubaire et une tuberculose pelvipéritonéale.

UTÉRUS

De l'utérus tout ou partie est atteint. D'après MARTIN, le corps serait pris avec une fréquence plus grande que la cavité cervicale. En réalité, le col de l'utérus est souvent touché par la tuberculose ; seulement il est bien probable que la nature des lésions constatées est rarement reconnue.

Quoi qu'il en soit de cette plus ou moins grande fréquence des lésions cervicales et corporelles, voici sous quelles formes on peut les observer.

Col de l'utérus. — Au col, on peut observer la *forme ulcéreuse*, la *forme militaire* et la *forme végétante*.

La forme *ulcéreuse* est caractérisée par une solution de continuité de la muqueuse et même des tissus sous-jacents. Toutefois, la tuberculose gagne difficilement en profondeur ; autant elle aime à s'étendre en surface de façon à provoquer une vaste perte de substance, autant elle n'aime pas le muscle. Le muscle utérin est peu souvent dissocié par les formations tuberculeuses.

Cette ulcération est souvent unique ; n'oublions pas toutefois qu'elle peut être double et même multiple. C'est là un caractère sur lequel il faut insister, car il comporte un élément diagnostique de très haute valeur. Si l'ulcération tuberculeuse peut être multiple, en effet, l'ulcération cancéreuse est unique. Le cratère formé par le cancer de l'utérus est constitué par une seule et unique lésion qui se développe progressivement ; au contraire, la cavité

d'origine tuberculeuse, quelquefois vaste, peut résulter de la rencontre de deux ou plusieurs ulcérations primitives. Ce caractère de duplicité fut constaté par von FRANQUÉ ; il aurait pu mettre sur la voie du diagnostic avant l'opération. Le diagnostic de cancer de l'utérus qui avait été porté fut en réalité infirmé par l'examen histologique. Quant aux signes de l'ulcération elle-même, ils sont un peu masqués par la sécrétion utérine et l'inflammation secondaire. Le plus souvent, c'est une ulcération à bords taillés à pic, déchiquetés et décollés quelquefois, à fond jaunâtre comblé par une masse caséeuse. L'attouchement détermine un saignotement de peu d'importance.

La forme *miliaire* se présente à nous sous l'aspect d'un col souvent augmenté de volume, parsemé de granulations de nombre et de grosseur inconstants. C'est une forme assez peu décrite, parce que ses symptômes attirent plus difficilement l'attention du médecin, contrairement aux deux autres.

Toutefois elle n'est pas toujours définitive ; tous ces follicules agminés peuvent se rejoindre en vertu de l'extension croissante du processus néoplasique et déterminer de véritables ulcérations.

Plus intéressante peut être la tuberculose *végétante* du col de l'utérus. C'est sur elle presque seule que s'est concentrée l'observation clinique, et les cas de tuberculose cervicale rapportés sont presque tous des faits de tuberculose ayant simulé le cancer. C'est en croyant avoir affaire à un cancer

du col de l'utérus que DELATREZ, PÉAN, FERRARI, GLOCKNER, etc., ont fait des hystérectomies pour tuberculose. Les observations semblent calquées les unes sur les autres : col volumineux, présentant l'aspect d'un champignon fongueux, sessile, à végétations surélevées, souvent dures au toucher. Pour compléter la ressemblance du diagnostic avec celui du cancer, on voit parfois la tuberculose envahir le vagin, sans que les lésions des deux organes, utérus et vagin, soient séparées (EMMANUEL).

Corps de l'utérus. — Au niveau du corps de l'utérus, c'est presque toujours la forme *miliaire* que l'on observe. L'utérus, souvent augmenté de volume, présente une muqueuse œdématiée, boursouflée, tomenteuse, marquée de place en place par des points jaunâtres de la grosseur d'un grain de millet, éminemment nombreux et séparés par des portions de tissu sain. Quelquefois il y a confluence de follicules et apparition d'une véritable ulcération.

Dans des formes très avancées, on observe une obstruction de l'orifice interne avec rétention des matières tuberculeuses dans la cavité utérine dilatée (pyométrie). C'est une variété remarquée de préférence chez les vieilles femmes : les deux cas rapportés par KRZYWICKI répondaient à cette particularité.

La rupture de l'utérus provoquée par la dégénérescence tuberculeuse de ses parois est exceptionnelle : un cas de GIOVANNI GUZZI, de Naples (cité par M^{lle} GOROVITZ).

TROMPES

Mais la grande majorité des tuberculoses génitales comporte l'infection des trompes, et la plupart des auteurs familiarisés avec la question se sont occupés principalement de la salpingite tuberculeuse. C'est à propos d'elle qu'ont été savamment rédigés pour le Congrès de Rome de 1902, les rapports de J.-L. FAURE, AMANN, MARTIN et VEIT, et qu'ont été entamées les discussions passionnantes qui suivirent.

L'infection tuberculeuse au niveau des trompes est unilatérale ou double, mais bien souvent double. Peut-être que par similitude avec le sexe masculin un seul conduit excréteur est atteint au début et que, si les opérateurs se sont le plus souvent trouvés en présence de lésions bilatérales, c'est qu'ils avaient affaire à des cas avancés.

Ce point a peu d'intérêt pour nous. Quoi qu'il en soit, la trompe atteinte est ordinairement volumineuse, mais d'un volume très différent suivant les circonstances. Il y a des trompes qui sont à peine plus grosses qu'à l'état normal ; par contre il existe d'énormes pyosalpinx tuberculeux ayant le volume du poing ; entre ces deux catégories on trouve tous les intermédiaires.

La trompe conserve parfois sa forme normale. Généralement augmentée de volume, elle nous présente son ampoule simplement amplifiée. Mais dans

la majorité des cas, cette forme est subordonnée à des adhérences extérieures ou à des coutures déterminées par les adhérences de sa muqueuse.

Le contenu de ces trompes tuberculeuses est bien souvent du pus ; il existe, en effet, quelques salpingites tuberculeuses où le liquide est hématique. Le pus est un pus crémeux ou bien un pus filant ; on ne trouve point ce pus bien lié que nous avons l'habitude de rencontrer au cours de l'infection puerpérale ou de la blennorrhagie. Des grumeaux nagent dans le liquide et les parois qui limitent la poche sont doublées d'une membrane ordinairement épaisse, se détachant plus ou moins facilement, mais d'une fragilité extrême : ce qui explique la possibilité des hémorragies intra-cavitaires.

Presque toujours, le point de départ de la tuberculose de l'ovaire — d'ailleurs peu fréquente — est une tuberculose de la trompe (M^{lle} GOROVITZ). Cependant elle peut être consécutive aux lésions péritonéales d'origine utérine ou salpingienne (SCHOTTLANDER). « On rencontre assez rarement des granulations disséminées à la surface ovarienne. C'est surtout sous la forme d'amas caséeux ou d'abcès froids de volume en général restreint que la tuberculose envahit cet organe. » (J. L. FAURE)

PÉRITOINE

On conçoit qu'autour de pareilles altérations s'organise une réaction intense du péritoine environnant.

Et de fait, tous les auteurs parlent de ces barrières d'adhérences qui entourent les salpingites tuberculeuses ; adhérences tutélaires dans certains cas, puisqu'elles empêchent, si une rupture se produit, l'irruption du liquide septique dans la cavité péritonéale ; adhérences malencontreuses souvent aussi, parce qu'elles favorisent des coudures intestinales et gênent beaucoup le chirurgien au cours d'une intervention. D'autre part, le péritoine est tuberculisé pour son propre compte, et toute laparotomie effectuée nous révèle un péritoine criblé pour ainsi dire de follicules tuberculeux.

*
* *

Enfin des lésions secondaires peuvent apparaître : communication du foyer tuberculeux avec l'intestin, la vessie (CHAVARNAZ), etc. Ces lésions varient à l'infini. Nous n'ouvrons pas le chapitre de la généralisation de la tuberculose génitale.

Nous n'insisterons point sur l'examen histologique des lésions tuberculeuses ; ce serait redire une formation mille fois décrite. Sachons que le processus pathologique débute par le follicule tuberculeux et que peu à peu s'observe la réaction de défense conjonctive.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les phénomènes morbides qui trahissent l'infection des voies génitales de la femme sont loin de se présenter à nos recherches et à nos investigations avec la précision qui emporte d'emblée le diagnostic. Relisons les descriptions cliniques qui ont édifié depuis BROUARDEL l'entité morbide qu'on désigne sous le nom de tuberculose génitale et nous y retrouverons les symptômes les plus disparates. La tuberculose génitale est souvent un diagnostic d'exclusion. TERRILLON (*Congrès français de chirurgie*, 1899), semblerait faire le diagnostic avec l'absence de causes ordinaires de l'inflammation : grossesse, fausse couche, blennorrhagie.

Mais ce qui domine l'histoire clinique de la tuberculose génitale, c'est le mode de réaction habituelle de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch, c'est ce caractère insidieux, indolent, qui marque l'infection tuberculeuse en quelque point de l'organisme qu'on la rencontre : poumon, os, ganglions lymphatiques. Nous trouvons là, naturellement, un caractère qui est loin d'être pathognomonique ; mais lorsque

l'attention du médecin sera attirée sur la tuberculose génitale, il revêtra par là une importance considérable. Il y a souvent, en effet, une disproportion énorme entre les signes subjectifs et objectifs. Rappelons l'observation inédite de JULLIEN. Nous sommes en face d'une malade qui présente dans le ventre une tuméfaction volumineuse, dont l'utérus est soudé avec tous les organes pelviens, et qui n'accuse à la pression la plus forte que des douleurs légères. Depuis des mois sûrement, s'édifiait en silence un lent travail inflammatoire qui aboutissait à la formation des adhérences solides et résistantes constatées à l'opération : la malade ne s'en apercevait pas. Seuls les derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital virent apparaître les douleurs avec une intensité suffisante pour réclamer un secours médical.

Les symptômes généraux de la tuberculose génitale sont très différents suivant les cas. N'oublions pas d'abord que souvent nous avons affaire à des sujets qui supportent le poids d'une ascendance tuberculeuse et dont l'état général se ressent de la maladie des parents. L'hérédité tuberculeuse peut s'affirmer aussi bien par une localisation génitale que par une manifestation pulmonaire ou méningée. Il y a longtemps qu'a été infirmée la loi de Louis ; une tuberculose pulmonaire n'est pas la compagne forcée d'une tuberculose articulaire ou péritonéale. Naturellement, ces tuberculeux héréditaires se présenteront le plus souvent avec les signes de la

déchéance organique propre à cette infection. L'influence de l'hérédité sur l'évolution de la tuberculose génitale est d'ailleurs variable ; elle est nette dans les cas de VITRAC (*Archives de médecine expérimentale*, 1898), de POLLOSSON (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1906), de BOUFFE, de JULLIEN. Mais elle n'est point nécessaire : ADÉNOT (*Gazette hebdomadaire*, 1902), BEYEA (*Annales de Gynécologie*, 1900), etc.

En réalité, il ne semble pas que ce soit l'état général qui doive nous guider dans la recherche du diagnostic de la tuberculose génitale. Rarement, en effet, ce seront les troubles de cet état qui inquiéteront les malades. D'une façon générale, en effet, si les tuberculeuses génitales sont chétives, malingres, amaigries, dans la majorité des cas il semble que cette santé médiocre ait préexisté à l'éclosion des accidents tuberculeux. Ainsi la malade de JULLIEN d'une constitution débile, au teint terreux, sans musculature et sans forces, avait le souvenir d'avoir toujours été dans les mêmes conditions de santé. Ouvrière manuelle chargée de famille, elle devait souvent manquer du nécessaire pour rétablir un état général chancelant. Une malade de CONDAMIN est dans une pénible situation ; elle vient de faire une pleurésie fort grave. Une autre de LOHLEIN est pâle et faible, mais elle présente des lésions pulmonaires. Au contraire le sujet de l'observation de DELETREZ a présenté jusque dans les derniers temps les apparences d'une bonne santé.

La température non plus ne semble pas devoir nous donner de fortes indications diagnostiques. Elle est, en effet, des plus variables. Elle paraît devoir exister dans les pelvipéritonites tuberculeuses ; elle s'élève à 38°-39° avec rémission matinale. Mais cette variabilité existe aussi dans les inflammations banales. Par conséquent, nous n'avons aucun renseignement précis à tirer de ce symptôme.

C'est aux signes physiques qu'il faut nous adresser pour reconnaître la nature de l'inflammation utérine que nous sommes en droit de supposer tuberculeuse. Leur analyse minutieuse et raisonnée nous mettra dans la voie de la vérité et de la réalité.

Le début de la tuberculose utéro-annexielle est donc des plus insidieux : les symptômes en sont si discrets, si estompés, que c'est rarement à cette période que nous formulerons un diagnostic ferme. Nous aurons d'autant moins l'occasion de le poser que rarement à cette période la femme viendra demander conseil. Au début même cependant, lorsqu'il n'existe qu'une leucorrhée insignifiante caractérisée parfois par l'écoulement d'un liquide mêlé à des striations sanguines, le doigt explorateur pourra peut-être se trouver en face d'un col ulcéré, porteur d'une ulcération blafarde, à bords irréguliers, violacés, décollés, à fond grisâtre, couvert de fausses membranes. Le toucher seul permettra rarement d'affirmer l'existence d'une lésion tuberculeuse, tant les caractères observés se confondront avec ceux d'une métrite chronique, produite et entretenue par des

germes banals comme le gonocoque et le streptocoque. Si pourtant la constatation d'antécédents héréditaires ou personnels laisse soupçonner la tuberculose, le spéculum sera peut être utile pour poser avec précision le diagnostic de tuberculose, ou du moins formuler une hypothèse. Lorsque malgré un traitement rationnel — repos au lit, irrigations antiseptiques chaudes, cautérisations chimiques ou ignées — l'amélioration ne se produira pas, nous aurons plus de raison de croire à une altération déterminée par le bacille de Koch.

Plus tard, à la période confirmée, les lésions utérines de nature tuberculeuse pourront prendre les caractères décrits par Pozzi (*Traité de Gynécologie*), forme ulcéreuse, forme miliaire, forme végétante. Cette forme végétante est souvent relevée dans les observations (DELETREZ, FERRARI, GIGLIO, MICHAELIS) ; elle a été la plupart du temps confondue avec le cancer, et les chirurgiens ont fait chaque fois l'hystérectomie totale dans le but de soustraire les malades à la généralisation cancéreuse. C'est par hasard ou à l'occasion d'un doute que l'examen histologique est venu démontrer la nature véritable de la production néoplasique. La tuberculose utérine prend en effet facilement la forme hypertrophique ; le siège d'élection de cette variété, c'est l'utérus. On sait d'ailleurs avec quelle fréquence les inflammations de toutes natures présentent ce caractère hypertrophique : exemple, les papillomes. Il faudra bien souvent rester dans une sage réserve et ne pas hésiter

à recourir aux méthodes de laboratoire : biopsie, inoculation aux animaux, etc.

La tuberculose ascendante peut rester longtemps à ce stade et se cantonner à la région cervicale de l'utérus, empiétant peut être sur les parois vaginales. Mais elle peut aussi continuer son trajet muqueux, gagner la cavité utérine (cas de JULLIEN), les trompes et le péritoine. Nous assistons alors à l'évolution de la péritonite ou plutôt de la pelvipéritonite tuberculeuse, car rarement la grande cavité péritonéale est prise d'emblée. Si SPINELLI croit à la grande fréquence des péritonites tuberculeuses d'origine génitale, nous pensons qu'il existe dans la plupart des cas de ce genre une progression dans l'évolution des lésions péritonéales.

Quoi qu'il en soit, lorsque le péritoine est atteint, c'est des inflammations pelviennes ordinaires qu'il faut distraire la tuberculose. Nous avons précédemment insisté sur la marche insidieuse et indolente de la lésion tuberculeuse ; nous devons y penser pour établir le diagnostic. Autrement, le palper bimanuel révélera dans l'un comme dans l'autre cas un empâtement diffus, un utérus difficilement mobilisable, difficilement délimitable, faisant le plus souvent corps avec les organes voisins. Des symptômes de compression peuvent également être observés : du côté de la vessie (dysurie), du côté du rectum (constipation opiniâtre : JULLIEN), etc.

L'étude des commémoratifs sera faite avec soin. Il faut rechercher toutes les causes d'inflammation

utéro-annexielle (blennorrhagie, avortement. TERRILLON). Et encore faut-il savoir que les inflammations antérieures peuvent « faire le lit » à la tuberculose et que c'est à la faveur d'une infection préexistante que la tuberculose peut s'installer. La constatation d'une série moniliforme de rétrécissements et de dilatations dans la trompe augmentée de volume plaiderait en faveur de la tuberculose (LE DENTU et BONNET).

Tout cela prouve bien que le diagnostic de la tuberculose génitale est ordinairement très épineux et que le clinicien en face d'un cas de ce genre doit s'entourer de tous les renseignements possibles pour arriver à une solution. Il ne négligera rien pour découvrir la nature du mal. Par une enquête minutieuse, il recherchera les antécédents héréditaires et personnels pour savoir quelle valeur il doit leur accorder. Il s'armera de patience et plutôt que de faire un diagnostic erroné, il le réservera jusqu'à ce que sa religion soit éclairée. Il frappera à la porte du laboratoire voisin, il aura recours à l'histologiste comme au bactériologiste. Si la biopsie est indiquée chaque fois que le diagnostic de cancer de l'utérus prête au doute, à plus forte raison l'utilisera-t-on quand la différenciation sera à faire entre le cancer et la tuberculose. D'autre part, il faut avec soin étudier les sécrétions utérines qui seront examinées directement ou inoculées aux animaux, de préférence aux cobayes. La recherche directe du bacille de Koch, quand elle est positive, est bien préférable à l'inoculation aux animaux, qui est longue et fait perdre un temps pré-

cieux au cas de cancer ; toutefois, il n'y a pas d'hésitation à recourir à ce moyen de diagnostic lorsque les autres agents de contrôle ont échoué.

Le chirurgien appliquera avec fruit les procédés nouveaux qui s'adressent à la tuberculinisation de l'individu au niveau de l'œil (*oculo-réaction*) ou de la peau (*cuti-réaction*). Cette méthode qui vient de **renaître** avec CALMETTE et ses collaborateurs a fait ses preuves : elle est trop souvent inoffensive et efficace pour qu'il soit permis d'avoir l'indécision de s'en servir dans un diagnostic douteux.

Enfin, la tuberculose n'est pas une ; elle a une marche des plus variables selon les individus. Si, dans l'immense majorité des cas, elle est chronique ou tout au moins subaiguë, elle peut dans certaines circonstances prendre un caractère aigu. De même qu'on a décrit (RECLUS) une tuberculose épидидymo-testiculaire aiguë qui en impose pour une épидidymite blennorragique avec sa fièvre, son évolution rapide, sa suppuration précoce, de même il peut exister chez la femme une tuberculose génitale aiguë. VON FRANQUÉ, de Wurtzbourg en a rapporté un cas typique terminé par la mort : il s'agissait d'une jeune accouchée qui présenta une tuberculose aiguë à point de départ génital, que l'on prit pour une infection puerpérale (Congrès de Rome, 1902. Discussion des rapports).

Il ne suffit pas d'affirmer la nature tuberculeuse d'une affection génitale ; il faut en connaître la cause. Il existe des tuberculoses descendantes ou secon-

daïres et des tuberculoses ascendantes ou primitives. Toute bonne thérapeutique s'appuie sur une bonne et saine pathogénie ; le traitement ne sera pas le même en face d'une tuberculose génitale venant compliquer une tuberculose pulmonaire, ou devant une tuberculose génitale encore cantonnée à l'appareil utéro-ovarien. Le bel avantage de supprimer un foyer génital si l'intervention chirurgicale va réveiller un foyer en sommeil qui siège dans le poumon et déterminer une granulie rapidement mortelle. Le chirurgien doit donc s'éclairer à la lumière des notions fournies par l'étude de la pathogénie ; c'est dans la détermination de la cause qu'il puisera sa décision ; il opérera ou se tiendra dans l'expectative.

La marche de la tuberculose génitale de la femme est essentiellement progressive ; « elle est certainement une cause fréquente de l'extension de la tuberculose au péritoine et, par suite, de péritonites mortelles. » (TERRILLON.)

Ce n'est pas que la tuberculose génitale ne soit pas curable spontanément. Au niveau de l'appareil génital de la femme, comme en tous les autres points de l'organisme, le tubercule peut se former et s'enkyster sans manifester sa présence par le moindre trouble morbide. LE BEC (*in thèse* CHATON) opère une femme pour prolapsus utérin et il trouve après section du col en deux valves des noyaux blanc-jaunâtres, d'apparence de gomme tuberculeuse et de nature tuberculeuse confirmée à l'examen histo-

logique. Une vieille femme meurt ; à l'autopsie, on trouve dans le canal cervical une formation de la grosseur d'une noisette et que l'on prend pour un œuf de Naboth ; le microscope révèle son origine tuberculeuse (KLOB, *in* DELETREZ). Observation de même genre chez une femme de soixante-dix-neuf ans, rapportée par KAUFMANN (*ibid.*).

Mais c'est là une exception dans l'évolution de la tuberculose génitale. Le bacille de Koch qui vient se fixer sur l'appareil féminin, y trouve des conditions de vitalité éminemment favorables. Si la guérison spontanée de la tuberculose est commune au niveau des os ou du sommet du poumon, régions peu vasculaires, ici elle est exceptionnelle.

Le moindre des inconvénients inhérents à la tuberculose génitale est de constituer une menace perpétuelle d'infection pour l'organisme. La présence de bacilles tuberculeux au niveau de l'utérus ou de la trompe explique pourquoi une tuberculose secondaire peut se développer en un organe essentiel (poumon, foie, rein, etc.)

L'évolution naturelle des lésions génitales, c'est leur propagation au péritoine et l'apparition de la péritonite tuberculeuse ; cette propagation a été saisie sur le vif dans les expériences de M^{lle} GOROVITZ. Et la péritonite tuberculeuse emporte fréquemment les malades par infection générale, par lésions de l'intestin, par ouverture de foyers purulents dans l'intestin, dans la vessie (CHAVARNAZ de Bordeaux. Congrès de chirurgie, 1908), etc.

Et ainsi s'acheminent vers la mort, lentement souvent, mais souvent aussi d'une façon sûre, les malades atteints de tuberculose génitale. Dans sa fatale et progressive extension, la tuberculose génitale envahit les organes voisins ou se généralise à tous les appareils. Heureusement que nous ne sommes pas complètement désarmés contre un tel mal ; la médecine et la chirurgie combinent leurs efforts pour vaincre le terrible ennemi.

La thérapeutique génitale, née d'hier, appuyée sur les données pathogéniques fournies par l'expérimentation et la clinique, est une thérapeutique rationnelle, dont les succès ne se comptent plus et qui sauvera encore des milliers d'existences.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

« A l'heure actuelle, nous ne possédons encore aucun signe pathognomonique de l'infection tuberculeuse des organes génitaux (de la femme) ». Cette conclusion pessimiste du rapport de MARTIN (de Greiswald) n'est pas pour nous encourager au début d'un chapitre envisageant un traitement qui doit être guidé par la constatation des symptômes.

Et pourtant, quand on sait à quelles irrémédiables complications mène la tuberculose génitale, le praticien doit chercher à atténuer, sinon à guérir, les troubles fonctionnels liés à l'évolution de la maladie. Y a-t-il une thérapeutique rationnelle des lésions tuberculeuses de l'appareil génital de la femme ?

Nous le croyons, et les assises solennelles du Congrès de Gynécologie de 1902 ont consacré les résultats que nous pouvons obtenir avec un traitement bien conduit.

« Les armes que nous possédons contre l'infection tuberculeuse de l'utérus et des annexes sont puissantes et souveraines ; sans doute elles ne triom-

phent pas toujours, et nous pouvons avoir ici, en même temps que les accidents exceptionnels qui accompagnent les interventions dirigées contre les annexites communes, d'autres accidents qui tiennent à la nature tuberculeuse de l'infection que l'on combat... Mais si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours victorieuse, il nous suffit de savoir qu'elle donne souvent des résultats parfaits et des guérisons admirables. Une de nos malades, opérée il y a quatre ans pour des lésions étendues des annexes, avec envahissement de tout le péritoine sous-ombilical, criblé de granulations miliaires, a vu se maintenir une guérison absolument parfaite » (J.-L. FAURE).

Ce sont les paroles d'un chirurgien et d'un chirurgien de grande expérience, mais elles seraient trop exclusives si la thérapeutique de la tuberculose génitale n'avait qu'une action purement chirurgicale. Oui, la chirurgie vis-à-vis d'elle fait merveille et, dès 1889, TERRILLON venait apporter au Congrès de Chirurgie une série de cinq malades guéries sur six opérées ; mais elle ne doit pas se passer d'un adjuvant naturel et nécessaire, le traitement médical. Que seraient devenues ces malades brillamment opérées par les AMANN, les MARTIN, les SEGOND, les FAURE, etc., si, au sortir de la salle d'opération, elles avaient été directement conduites en un endroit privé d'air, de lumière et de soleil ?

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement général de la tuberculose doit être mis en œuvre au cours de la tuberculose génitale ; c'est celui usité dans les différentes manifestations de la tuberculose et il n'est point difficile par conséquent. Tous les médecins savent aujourd'hui quels bons résultats ils obtiennent en mettant leurs tuberculeux dans de meilleures conditions d'hygiène, d'aération et d'alimentation. Le séjour à la campagne, à la mer, trouvent ici des indications précises ; l'emploi des différents toniques connus et inconnus, découverts et à découvrir sera à conseiller.

Le sanatorium est préconisé par les gynécologues allemands : « Il paraît nécessaire d'étendre les bienfaits des sanatoria tuberculeux aux femmes atteintes de tuberculose génitale. » (J. VEIT). Mais cette opinion d'Outre-Rhin est sujette à caution : il n'est pas démontré en France que le sanatorium soit la panacée universelle de la tuberculose. Un tuberculeux isolé, mais placé dans de merveilleuses conditions hygiéniques et mettant à la disposition de sa cure toute sa bonne volonté et toutes les ressources thérapeutiques, peut guérir définitivement.

En somme, le traitement médical de la tuberculose génitale de la femme ne s'inspire que des idées générales définitivement admises au sujet de l'infection tuberculeuse. Pourtant la localisation spé-

ciale du bacille de Koch impose quelque adjonction thérapeutique. On sait l'influence considérable exercée par les congestions passagères sur l'évolution des affections génitales. Pour être de nature tuberculeuse, cette maladie reste une affection génitale; aussi faut-il lui appliquer les préceptes en vigueur au cours des maladies utéro-annexielles : repos, décongestion au moyen d'injections chaudes vaginales et rectales (RECLUS). Les résultats seront sans doute moins persuasifs que ceux que nous avons l'habitude d'obtenir au cours des infections banales et que RICHELOT (Académie de médecine, 1909) montrait dernièrement aussi éclatants.

Malgré cela, si cette méthode ne guérit pas complètement, elle aura du moins l'immense avantage de limiter, de cantonner les lésions. Elle aidera puissamment l'œuvre du chirurgien en lui livrant des malades de meilleure résistance, en lui offrant des lésions moins étendues. L'intervention sera moins longue, moins laborieuse et le traumatisme opératoire sera lui aussi moins intense. En somme, avec un traitement médical bien conduit, sécurité opératoire plus grande.

Car malheureusement c'est souvent sur la table d'opération qu'échouent les malades atteintes de tuberculose génitale. A moins que l'état général soit si mauvais que le chirurgien reconnaisse son impuissance. En face d'une malade déprimée, sans résistance, la contre-indication opératoire est formelle : l'opération n'aurait d'autre résultat que de précipiter

la mort. De même la coexistence de lésions pulmonaires étendues doit arrêter la main du chirurgien.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Ce sont des faits connus que les cas de guérison de péritonite tuberculeuse par la laparotomie simple ou suivie d'attouchements médicamenteux. Le mécanisme de cette guérison, produite probablement par un phénomène de résorption amenant des adhérences curatrices (THEILHABER, de Munich), a reçu le contrôle de l'expérience. Si donc, la simple ouverture de l'abdomen arrive à vaincre les tuberculoses péritonéales, elle pourra peut-être provoquer aussi la guérison de la tuberculose génitale. Et si les faits plaident en sa faveur, nul doute qu'il ne faille substituer cette inoffensive incision aux opérations complexes dressées contre l'envahissement de la tuberculose génitale.

Il est certain que la laparotomie donne de magnifiques succès en face des lésions péritonéales et même en présence de lésions péritonéales d'origine génitale. Une malade de BOUILLY est laparotomisée : l'ouverture du ventre montre un péritoine farci de tubercules et deux grosses masses salpingiennes de nature tuberculeuse. Le chirurgien ne peut extirper l'appareil génital et ferme l'abdomen croyant avoir fait une opération incomplète et presque fatalement suivie de récurrence. Il n'en est rien ; l'opérée est revue

dans un état de santé florissant neuf ans plus tard. Une autre malade de BOUILLY subit également une laparotomie exploratrice, les annexes tuberculeux ne paraissant pas pouvoir être extirpés : le chirurgien enregistre encore un cas de guérison confirmée plusieurs mois après l'intervention.

On voit, par conséquent, que la laparotomie la plus simple peut amener dans des circonstances rares peut-être, mais réelles, la sédation des accidents et provoquer la disparition des follicules tuberculeux.

Mais cette laparotomie elle-même n'est pas absolument sans inconvénients : la suture des tissus œdématiés, tuberculeux même qui constituent la paroi abdominale est parfois difficile et laisse une éventration post-opératoire. Une fistule tuberculeuse peut même être créée consécutivement.

De plus, le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, qui recouvre les anses intestinales, sont souvent unis l'un à l'autre d'une façon intime ; de là des arrachements possibles, des anses intestinales dépouillées de leur séreuse et une amorce pour la formation de fistules stercorales (cas de JULLIEN. — Un exemple semblable fut observé chez un malade de M. le Professeur PEUGNIEZ, opéré pour une péritonite tuberculeuse).

C'est pour cela que CONDAMIN a proposé la laparotomie vaginale dans des cas de ce genre : il y voit l'avantage de drainer la cavité péritonéale au point le plus déclive, au niveau de ce cul-de-sac de Douglas que nous avons appris être comblé de productions

tuberculeuses dans la grande majorité des péritonites tuberculeuses. C'est l'adaptation aux tubercules génitales de la méthode de LAOYENNE. Ce procédé a d'ailleurs donné un succès remarquable à son protagoniste ; il est vrai que l'action du chirurgien ne s'était pas limitée, car par la voie créée il avait enlevé les deux annexes (DACLIN. Thèse de Lyon, 1896). LOHLEN de Giessen a recours à la laparotomie vaginale : il obtient également une grande amélioration.

Malheureusement les revers et les récidives ne tardèrent point à en appeler de la laparotomie et de l'incision vaginale. Une malade de TERRILLON, opérée en 1890, subit une laparotomie. La guérison persista pendant quatre ans, mais à ce moment les douleurs reparurent dans le bas-ventre, et NÉLATON dut faire une laparotomie itérative qui permit d'enlever deux volumineuses trompes tuberculeuses et de constater que le péritoine pariétal ainsi que le péritoine viscéral étaient absolument sains (*Annales de Gynécologie*, 1896). JORDAN, en 1895, avait publié un cas du même genre (cité par M^{lle} GOROVITZ). De même LOHLEIN par sa laparotomie vaginale n'avait obtenu qu'une amélioration et la guérison n'est pas affirmée par le compte rendu de son observation.

Il fallait s'attendre au retour des accidents après la laparotomie, car elle ne peut s'adresser qu'à la lésion péritonéale et laisse persister la cause de l'infection (utérus ou annexes). Dans les cas de guérison

confirmée, il faut croire que la réaction conjonctive produite par la laparotomie a dépassé la couche péritonéale et a fait sentir ses effets bienfaisants jusque sur la trompe et l'utérus.

Aussi est-ce une action plus énergique qui est sollicitée du chirurgien. Nous est-il permis en présence d'une lésion tuberculeuse de la laisser suivre son évolution naturelle et de confier au hasard le soin d'en débarrasser l'économie ? Non ; c'est la cure radicale qui sera le traitement de la tuberculose génitale, c'est-à-dire l'extirpation aussi complète que possible du foyer morbide.

Pour aborder les lésions génitales, deux grandes voies se partagent la faveur du chirurgien, mais se la partagent de façon inégale : la voie abdominale ou haute, la voie basse ou voie vaginale.

Il semblerait qu'actuellement les gynécologues de profession réclament hardiment et exclusivement l'emploi de la voie abdominale pour l'extirpation des annexites tuberculeuses (POZZI, AMANN, MARTIN). Les différents procédés d'hystérectomie abdominale totale sont ici de mise ; le meilleur, dit J.-L. FAURE, c'est celui qu'on connaît le mieux. Le chirurgien doit se tenir à la hauteur des circonstances, et si, dans les cas faciles, tous les procédés sont bons, dans les cas laborieux au contraire l'opérateur doit s'inspirer des lésions constatées et de l'intérêt de la malade confiée à ses soins.

Nous passons sous silence la question de l'utérus ;

manifestement il faut l'enlever. Un utérus sans annexes est un organe infécond et inutile ; n'oublions pas non plus que, très probablement et bien souvent il peut renfermer des germes tuberculeux. En outre, comme il est malaisé et difficile la plupart du temps de manœuvrer dans une cavité pelvienne encombrée de masses tuberculeuses, l'ablation de l'utérus donne et du jour et de l'accès.

Il nous paraît cependant que la voie abdominale ait accaparé d'une façon trop complète et sûrement exagérée tous les cas de tuberculose génitale. Entre les mains d'opérateurs aussi habiles que ceux qui la défendent elle a donné tout ce qu'elle pouvait et elle n'a pas fait faillite. Mais parfois elle est bien difficile et bien laborieuse : BOUILLY s'est arrêté deux fois dans une laparotomie qu'il voulait faire suivre d'une hystérectomie abdominale. Quelquefois, en effet, la cavité péritonéale n'existe pour ainsi dire plus et le chirurgien doit se frayer un passage à travers des adhérences et des anses intestinales agglutinées (JULLIEN) au risque cent fois de rompre un organe abdominal ou de crever une poche de pus, ce qui n'est pas sans danger pour le reste du péritoine resté sain et indemne. Dans certaines circonstances, au cours de ces poussées aiguës et même suraiguës qui traversent l'évolution d'une tuberculose génitale et qui sont le plus souvent produites par une infection associée, ce serait aller au devant d'infections péritonéales graves et d'accidents mortels que de se

livrer par la voie abdominale à l'extirpation de foyers annexiel sseptiques et purulents. (J.-L. FAURE). Et bien ici, où la colpotomie serait insuffisante, l'opération de PÉAN par la large brèche qu'elle donne établira un drainage puissant.

Enfin, dans les cas de tuberculose utérine pure, quand on se trouve en présence d'une matrice mobile dans tous les sens, se laissant attirer facilement jusqu'à la vulve, pourquoi substituer à l'opération si courte qui constitue l'hystérectomie vaginale une intervention abdominale qui dure plus longtemps et donne plus de shock, qui expose à l'éventration et nécessite de nombreuses ligatures, une péritonisation soignée.

Nous ne croyons pas que l'hystérectomie vaginale ait désormais perdu ses droits dans le traitement de la tuberculose génitale. Elle compte encore de nombreuses indications. Et quand on l'a vue produire de magnifiques et durables succès entre les mains des chirurgiens qui en ont l'habitude, on ne peut que regretter peut-être qu'elle ne jouisse plus aujourd'hui du même crédit. L'opération française, l'opération de PÉAN, reste une magnifique découverte. L'essentiel, c'est de ne lui demander que ce qu'elle peut faire ; en présence de masses pathologiques énormes, avec regret, mais sans remords, substituons-lui la laparotomie. Agir autrement ce serait la déprécier et la déconsidérer.

*
* *

Le traitement de la tuberculose génitale n'est donc pas un. Il doit s'inspirer des conditions d'hygiène reconnues unanimement bonnes pour les tuberculeux en général ; mais lorsqu'il nécessite la collaboration du chirurgien, il doit varier avec les circonstances. La laparotomie ne reconnaîtra que des indications très rares et très restreintes : elle vivra des contre-indications de l'exérèse. Quant à la détermination du choix du procédé chirurgical (voie abdominale ou vaginale), elle procédera sans doute du tempérament du chirurgien, mais plus particulièrement de l'état des lésions.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose des organes génitaux de la femme est une entité morbide bien nette ; masquée souvent par des complications (péritonite tuberculeuse), elle doit conserver son individualité propre.

II. — La tuberculose génitale de la femme peut apparaître suivant un double mode :

Par voie descendante ;

Par voie ascendante.

La tuberculose descendante (voie sanguine ou contiguïté) est une tuberculose secondaire. C'est probablement la plus fréquente.

La tuberculose ascendante est une tuberculose primitive. Elle est souvent produite par les rapports sexuels.

1° Preuves expérimentales ;

2° Preuves cliniques.

III. — La tuberculose génitale de la femme peut se présenter localisée à une partie du tractus génital ou occuper tout cet appareil.

IV. — La symptomatologie est difficile à décrire. Le diagnostic est souvent un diagnostic d'exclusion.

V. — Le traitement est médical et chirurgical :

1° Médical : thérapeutique de la tuberculose en général ;

2° Chirurgical :

a) Laparotomie simple (abdominale ou vaginale) ;

b) Exérèse abdominale ou vaginale.

Vu : le Président de la thèse

SECOND

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Adénot.* — Gazette hebdomadaire, 1902.
- Aguet.* — De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration. Thèse de Paris, 1884.
- Amann.* — De la tuberculose génitale. Rapport au Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie. Rome, 1902.
- Beyea.* — Annales de gynécologie, 1900.
- Bertrand.* — Des abcès froids tubaires. Thèse de Lyon, 1908.
- Bouffe.* — In thèse Derville.
- Bouilly.* — De l'ascite des jeunes filles. Semaine gynécologique, 1896.
- Brouha.* — Tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. Juillet-août 1902.
- Brouardel.* — De la tuberculose des organes génitaux et la femme. Thèse de Paris, 1865.
- Chaton.* — Tuberculose du col de l'utérus. Thèse de Paris, 1908.
- Société anatomique, 1907.
- Chavarnaz.* — Congrès de chirurgie. 1908.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, 1889.

— Tuberculose des organes génitaux de la femme. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, p. Verneuil, t. II.

Cornil et Dobroklonsky. — Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1889.

Curt Jani. — Virchow's Archive, 1886. Bd CIII. S. 522.

Daclin. — De la laparotomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne. Thèse de Lyon, 1896.

Delagenière. — Rapports entre la tuberculose génitale et la péritonite tuberculeuse. Congrès de la tuberculose, 1905.

Delétrez. — Tuberculose du col de l'utérus. Belgique médicale, 30 janvier 1908.

— Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, 1908.

Derville. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme. Thèse de Paris, 1887.

Dobroklonsky. — L'infection tuberculeuse peut-elle pénétrer dans l'organisme par les organes sexuels ? Revue de la tuberculose, 1894.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Emmanuel. — Zeitschrift für Geb. und Gyn., 1893-1894.

Eric et Young. — Obstetrical Society of London, 1906.

Faure (J.-L.). — De la tuberculose génitale. Rapport au Congrès de Rome, 1902.

Fernet. — Infection tuberculeuse par voie génitale. Bulletin et

mémoires de la Société médicale des Hôpitaux,
1884.

Ferrari. — Annali di Ost. y Gynecologia. Milan, anno 25°.

Franquè (Von). — Zür Histogenese der Uterustuberkulose.
Zeitschrift für Geb. und Gyn., 1897.

— Discussion au Congrès de Rome, 1902.

Gartner. — Sur l'hérédité de la tuberculose. Zeitschr. f. Hyg.
u. Infectionkrank, t. XIII.

Giglio. — Annali di obstetric y Ginecologia. Milan, 1892.

Giovanni (*Guzzi*). — Bulletin de la Société anatomique. Na-
ples, 1846.

Glockner. — Beitrag zur Geb. und Gyn. Leipzig, 1901.

Gorovitz (M^{lle}). — De la tuberculose génitale chez la femme.
Thèse de Paris, 1900.

Goltschalk. — Archives für Gynecologic, 1903.

Hegar. — La tuberculose génitale de la femme, 1886.

— Deutsche med. Wochenschrift, 1897.

Jaechh. — Virchow's Archive. Bd 142.

Joly. — Tuberculose primitive des annexes de l'utérus. Thèse
de Paris, 1898

Kaufmann, — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd 29.

Krzywicki. — Zieglers Beiträge, Bd III.

Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Landouzy et Martin. — Faits cliniques et expérimentaux pour
servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose. Revue
de médecine, 1883.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire,
t. X.

Machu. — De la tuberculose génitale. Rapport au Congrès de
Rome, 1902.

- Maffucci.* — Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat., 1894, p. 327.
- Martin.* — Archives provinciales de chirurgie, 1905.
- Massia* (de). — Salpingo-ovarite tuberculeuses. Thèse de Paris, 1891.
- Michaélis.* — Beitrag. zur Geb. und Gyn.. Bd. III.
- Nélaton.* — Annales de gynécologie, 1896.
- Péan.* — Traité de l'hystérectomie, 1899.
- Polaillon.* — Bulletin Soc. chirurgie, 1896.
- Pollosson et Violet.* — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1906.
- Potel.* — Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. Société de chirurgie de Lyon, 1905.
- Pozzi.* — Traité de gynécologie.
- Renaud.* — Tuberculose ulcéreuse de la grande lèvre. Revue médicale de la Suisse Romande. Avril 1904.
- Reynaud.* — Tuberculose des organes génitaux de la femme.
- Rohlf.* — Inaug. Diss. Kiel, 1885.
- Schottlaender.* — La tuberculose de l'ovaire. Monatschr. f. Geburt. u. Gynäc.
- Sirena et Pernice.* — Gaz. degli ospit., 1887.
- Solles.* — Journ. de méd. de Bordeaux, 1892, p. 52.
- Spano.* — Revue de la tuberculose, 1893, p. 322.
- Spinelli.* — Congrès de Rome, 1902.
- Terrillon.* — Salpingo-ovarite tuberculeuse. Congrès français de chirurgie, 1889.
- Theilhaber.* — Congrès de Rome, 1902.
- Thévenard.* — Salpingo-ovarite tuberculeuse. Société anatomique, février 1906.

Veit (J.). — De la tuberculose génitale. Congrès de Rome, 1902.

Verchère. — Les portes d'entrée de la tuberculose. Thèse de Paris, 1883.

Verneuil. — Hypothèses sur l'organisation de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes. Lettre au professeur Fournier. *Gaz. hebd.*, 1883.

— Lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses. Thèse de Paris, 1860.

Vitrac. — Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer. *Semaine gynécologique*, n° 2, mars 1898.

Walther. — Monats fur Geb. und Gyn., 1897.

— *Zieglers Beiträge*, 1894.

Westermayer. — Inaug. Diss. Erlangen, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
I. — Pathogénie	17
II. — Anatomie pathologique.....	51
III. — Symptomatologie et diagnostic.....	59
IV. — Traitement.....	71
Conclusions.....	83
Bibliographie.....	85

